



❖ **Autorisations**

1/ Médicale

Je, soussigné(e)....., autorise - n'autorise pas\*  
les personnes mentionnées ci-dessus à prendre toutes décisions d'hospitalisation et d'intervention  
clinique jugées indispensables par le médecin appelé pour notre enfant, mais seulement en cas  
d'impossibilité de me joindre (ou mon conjoint) ou d'obtenir l'avis de médecin de famille.

Docteur ..... Tél. n°:.....

Signature des parents

.....

2/ Communication - Presse

J'autorise - je n'autorise pas \* la Mairie de Grandchamp-des-Fontaines à utiliser gratuitement une ou  
des photos ou films représentant mon enfant au sein de la « Maison de l'Enfance », dans une publication  
municipale ou pour un avis de presse.

Signature des parents

.....

3/ Sorties

J'autorise - je n'autorise pas \* le personnel de la structure à emmener mon enfant en sorties  
extérieures au sein d'un groupe encadré selon les normes en vigueur.

Signature des parents

.....

(\*rayer la mention inutile)

---

❖ **Règlement intérieur :**

Les parents soussignés attestent avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engagent à le  
respecter.

Un exemplaire remis en date du .....

Signature des parents

.....

---

❖ **Documents à joindre au dossier :**

- Attestation d'assurance de responsabilité civile en cours de validité (veiller aux dates  
d'échéance pour le renouvellement de l'attestation)
- Pour une première inscription, un certificat médical d'aptitude d'entrée en collectivité
- En cas de séparation ou de divorce, fournir un justificatif mentionnant les modalités de garde  
du ou des enfants : copie du jugement, ordonnance de conciliation



## DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nous vous conseillons de remplir ce dossier avec votre médecin traitant lors de la visite médicale d'admission, ou avec la directrice du multi-accueil muni du carnet de santé de l'enfant.  
Ce dossier permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, cependant il est conseillé de laisser le carnet de santé dans son sac pour toute période d'accueil.

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
DTPolio Diphthérie-Tétanos- Poliomyélite				Hépatite B	
Ou Tétracoq				ROR Rubéole - Oreillons - Rougeole	
BCG				Coqueluche	
				Haemophilus	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cochez les maladies déjà contractées)

Rubéole		Varicelle		Rougeole		Oreillons		Convulsions	
Otite		Angine		Hépatite		Asthme		Eczéma	

Hospitalisations : .....

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il des allergies connues ? .....

.....

.....

.....



Autorisation parentale pour la délivrance de médicaments en multi-accueil

Je soussigné(e) : .....

Parent ou tuteur légal de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Fréquentant le multi-accueil :

« A la Claire Fontaine »

7 avenue de la Futaie

44119 GRANDCHAMP DES FONTAINES

demande et autorise les personnels en charge du multi-accueil à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification de traitement.

A .....

Le .....

Signature des parents  
ou du tuteur légal

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DELIVRANCE  
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES EN MULTI -ACCUEIL

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'accueil de votre enfant, le personnel sera peut-être amené à administrer différents produits pharmaceutiques de base en cas de blessures ou d'irritations légères.

*Sans cette autorisation signée nous ne pourrions pas intervenir autrement qu'en le réconfortant.*

Je vous remercie de votre compréhension, et vous prie de bien vouloir cocher les produits que nous pourrions lui donner avec votre accord :

- Diaseptyl (en cas de plaie, de petit saignement)
- Chlorhexidine (en cas de plaie, de petit saignement)
- Hémoclar (en cas de coup, de bosse...)
- Gel Arnica (en cas de coup, de bosse...)
- Granules d'Arnica Montana (en cas de coup, de bosse...)
- Homéoplasmine (en cas d'irritation de la peau)
- Sérum physiologique (pour le nettoyage du nez ou des yeux)
- Biafine (en cas de brûlure, de coup de soleil)

En cas d'érythème fessier le personnel pourra appliquer la crème fournie qui se trouvera dans le sac de l'enfant.

Date et signature du représentant légal :

## **Inscriptions au multi accueil**

### **Pièces à fournir :**

- ✓ **En Mairie** : Dossier famille à retirer en Mairie à compléter accompagné de la dernière attestation CAF et dernier avis d'imposition
- ✓ **Au Multi accueil** :
- ✓ fiche d'inscription à compléter
- ✓ 1 attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant l'enfant (ou attestation d'assurance scolaire),
- ✓ certificat médical d'entrée en collectivité
- ✓ dossier sanitaire de liaison,
- ✓ carnet de santé